



FICHA DE INSCRIÇÃO – PERFIL DE SAÚDE – ATIVIDADES FÍSICAS E ESPORTIVAS

DADOS PESSOAIS

NOME					DATA NASC.		
RG		ORGÃO EXP.		UF		CPF	
NATURALIDADE			NACIONALIDADE			TELEFONE	
PAI				MÃE			
END.				Nº		BAIRRO	
CIDADE			UF		E-MAIL		

EM CASO DE URGÊNCIA A QUEM DEVEMOS INFORMAR

NOME		PARENTESCO		TELEFONE	
------	--	------------	--	----------	--

PERFIL DE SAÚDE

Das questões de 01 a 07: se apenas uma das questões for respondida com um sim, será necessária apresentação de uma avaliação médica antes do início das atividades físicas ou esportivas.

01. Alguma vez seu médico disse que você possui algum problema cardíaco e recomendou que você só praticasse atividade física sob prescrição médica?

☐ Sim ☐ Não. Se a resposta foi sim, especificar:

02. Você sente dor no tórax (no peito) quando pratica uma atividade física?

☐ Sim ☐ Não. Se a resposta foi sim, especificar:

03. No (s) último (s) mês (es) você sentiu dor torácica (no peito) quando não estava praticando atividade física?

☐ Sim ☐ Não. Se a resposta foi sim, especificar:

04. Você perdeu o equilíbrio em virtude de tonturas e/ou perdeu a consciência quando estava praticando atividade física?

☐ Sim ☐ Não. Se a resposta foi sim, especificar:

05. Você tem algum problema ósseo ou muscular/articular que poderia ser agravado com a prática de atividade física?

☐ Sim ☐ Não. Se a resposta foi sim, especificar:

06. Algum médico já recomendou o uso de medicamento para controle de sua pressão arterial/condição cardiovascular?

☐ Sim ☐ Não. Se a resposta foi sim, especificar:

07. Você tem conhecimento de alguma outra razão física que o impeça de participar de atividades físicas?

☐ Sim ☐ Não. Se a resposta foi sim, especificar:





08. Você possui plano de saúde?

☐ Sim. Qual?

☐ Não.

OBS.:

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS OU ESPORTIVOS

Declaro para os devidos fins de prova, por livre e espontânea vontade, a veracidade de todas as informações aqui prestadas, declarando ser plenamente capaz de realizar a prática de qualquer exercício físico, por estar em plenas condições de saúde e em pleno gozo de minhas faculdades mentais e físicas para a prática de qualquer esporte e/ou atividade física, fato que isenta a ASSOCIAÇÃO DESPORTIVA CABENSE de ser responsabilizada por quaisquer danos que venham a ocorrer à minha saúde.

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Para a execução do contrato referente a esta ficha de inscrição serão cumpridas as disposições referentes à Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Ao preenchê-la, o atleta, ou seu responsável legal, declara que tem conhecimento da Política de Privacidade da ASSOCIAÇÃO DESPORTIVA CABENSE e, ainda, que concorda e consente que a ASSOCIAÇÃO DESPORTIVA CABENSE, na qualidade de CONTROLADORA, tratará os dados pessoais conforme previsto na Lei.

Confirmo a veracidade de todas as informações aqui prestadas.

Cabo de Santo Agostinho (PE), de maio de 2025.

Assinatura do atleta ou responsável legal (caso o aluno seja menor de idade)

